Document généré le 25 avr. 2024 05:23

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

De la pudeur dans les soins

Éric Gagnon et Romane Marcotte

Volume 6, numéro 1, 2023

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1098553ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1098553ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Gagnon, É. & Marcotte, R. (2023). De la pudeur dans les soins. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *6*(1), 1–12. https://doi.org/10.7202/1098553ar

Résumé de l'article

Omniprésente dans les soins de santé, particulièrement ceux s'adressant à des personnes très dépendantes et impliquant une importante intrusion dans leur intimité, la pudeur est cependant encore peu discutée en éthique des soins. Cet article présente une exploration conceptuelle de la notion de pudeur et de ses manifestations dans les soins de santé, plus précisément de leur dimension morale et des défis qu'elles posent pour les institutions de soins. Puisque la pudeur invite à la protection de l'intégrité, de la dignité et à l'atténuation de la vulnérabilité de la personne soignée, elle nous semble porteuse d'une visée morale, et donc mériter non seulement plus d'attention de la part de l'éthique des soins, mais peut-être même d'y être introduite à titre de vertu.

© Éric Gagnon and Romane Marcotte, 2023

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

E Gagnon, R Marcotte. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2023;6(1):1-12

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

De la pudeur dans les soins

Éric Gagnon[a,b], Romane Marcotte[c]

Résumé
Omniprésente dans les soins de santé, particulièrement ceux s'adressant à des personnes très dépendantes et impliquant une importante intrusion dans leur intimité, la pudeur est cependant encore peu discutée en éthique des soins. Cet article présente une exploration conceptuelle de la notion de pudeur et de ses manifestations dans les soins de santé, plus précisément de leur dimension morale et des défis qu'elles posent pour les institutions de soins. Puisque la pudeur invite à la protection de l'intégrité, de la dignité et à l'atténuation de la vulnérabilité de la personne soignée, elle nous semble porteuse d'une visée morale, et donc mériter non seulement plus d'attention de la part de l'éthique des soins, mais peut-être même d'y être introduite à titre de vertu.

Abstract
Modesty is omnipresent in health care, particularly in the care of highly dependent persons and which involves a significant intrusion into their intimacy. However, it is still little discussed in health care ethics. This article presents a conceptual exploration of the notion of modesty and its manifestations in healthcare, more specifically their moral dimension and the challenges they pose for health care institutions. Since modesty calls for the protection of the integrity, dignity and vulnerability of the person being cared for, it seems to us to have a moral purpose, and therefore deserves not only more attention from the ethics of care, but perhaps even to be introduced as a virtue.

Mots-clés
pudeur, soins, vertu, soins de longue durée, sentiment, intégrité, intimité, vulnérabilité

Keywords
modesty, care, virtue, long-term care, feeling, integrity, intimacy, vulnerability

Affiliations
[a] VITAM – Centre de recherche en santé durable, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Canada
[b] Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec, Canada
[c] Faculté de Philosophie, Université Laval, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Éric Gagnon, eric.gagnon2.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

On pourrait penser que la pudeur appartient à un autre âge, qu'elle n'est plus un souci à une époque où l'on valorise l'authenticité et la transparence, où l'on témoigne abondamment à la télévision ou sur la toile de ses expériences personnelles, où on lève les tabous et recherche un rapport plus ouvert à la sexualité, au corps et à la mort. Mais il n'en est rien, et particulièrement dans les soins de longue durée, où la pudeur demeure une préoccupation très vive. Pour les patients dépendants qui doivent être lavés, habillés, aidés pour faire leurs besoins, comme pour les soignantes[1] responsables de ces tâches, la nudité est source de honte, la sexualité gênante, les émotions et le dégoût parfois difficiles à dissimuler, la dignité et l'image positive de soi difficiles à préserver. La pudeur est au centre de bien des embarras et difficultés morales, bien qu'elle soit très peu discutée et demeure une question pour ainsi dire souterraine.

Nous voudrions montrer dans cet article que la pudeur est beaucoup plus qu'une simple règle de bienséance : nous la présenterons comme un véritable principe éthique, beaucoup plus complexe qu'il n'y parait, et qui exige un véritable examen. Notre réflexion se fera en quatre temps. Nous chercherons d'abord à montrer comment la question de la pudeur se pose dans les soins, particulièrement les soins de longue durée, et la manière dont elle met en cause des valeurs fortes. Nous examinerons ensuite la notion de pudeur, ses différentes dimensions et les variations dans sa signification. Nous nous pencherons dans une troisième partie sur les différents problèmes que soulève son application dans les soins, et l'impossibilité d'appliquer une simple règle pour faire face aux situations impudiques. Enfin, nous proposerons de penser la pudeur comme une vertu, une disposition à juger ce qui doit être dissimulé, recouvert ou passé sous silence, afin de préserver l'intégrité morale de la personne. Mieux qu'une éthique des principes, une approche relevant des éthiques de la vertu permettrait, croyons-nous, d'appréhender la pudeur dans sa complexité, en prenant en compte le contexte professionnel et organisationnel, et ainsi de surmonter ou d'atténuer les problèmes qu'elle fait naître dans les soins de longue durée.

MALAISES ET INTERROGATIONS DANS LES SOINS

La pudeur demeure une préoccupation très vive dans les soins de santé. Nudité, examen clinique et questions sur la vie privée suscitent de la gêne et de la honte, et obligent à se demander ce qui doit demeurer dissimulé. C'est particulièrement vrai dans les soins de longue durée où la pudeur est très sensible. Ces soins sont prodigués aux personnes qui ont besoin d'assistance en raison de limitations physiques importantes ou de troubles cognitifs. Ils sont donnés de manière permanente ou sur une

[1] Les métiers de soins examinés ici étant largement féminins, nous avons choisi de féminiser les appellations (soignante, infirmière, aide-soignante, préposée aux bénéficiaires).

2023 E Gagnon, R Marcotte. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

longue période, et touchent particulièrement les activités de la vie quotidienne comme se laver, se nourrir, aller aux toilettes ou s'habiller, que la personne ne peut plus accomplir par elle-même. Cette dernière est dans une situation de très grande dépendance. Elle perd également beaucoup de son intimité, elle doit s'en remettre à d'autres pour les soins d'hygiène, par exemple, les laisser entrer dans son espace privé (son domicile, sa chambre, le placard où elle range ses vêtements). Elle est très vulnérable, il lui est difficile de se soustraire au regard des autres, de cacher ce qui lui fait honte (dégradation de son corps, exposition de ses parties génitales) ou de conserver le contrôle sur la manière dont elle reçoit les soins (fréquence, horaire, manière de laver, etc.). Elle est à la merci des autres. En outre, sa condition physique ou cognitive la place parfois dans une situation gênante ou humiliante : incontinence, confusion, immobilité, difficultés à manger sans se salir, etc. De leur côté, troublées et embarrassées, les soignantes ne savent pas toujours comment réagir pour préserver la dignité de la personne ou dissimuler leur gêne.

Les soins de longue durée mettent la pudeur de la personne soignée et de la personne soignante à rude épreuve, et de manière presque constante, que ce soit à domicile ou en institution. À domicile, les soins sont souvent prodigués par un proche de la personne aînée ou en perte d'autonomie – son conjoint ou sa conjointe, sa fille ou son fils –, ce qui crée des situations très embarrassantes, tant pour la personne aidante que pour la personne aidée, qui répugne souvent à dépendre de ses proches pour les soins et le soutien quotidien (1). Le linge souillé, notamment par l'incontinence, le corps vieillissant, le fait de laver les parties intimes (sexe, anus, bouche) sont particulièrement difficiles pour les proches, voire sources de malaises profonds (2,3).

En institution, le fait que les soins soient prodigués par des professionnelles ne facilite pas nécessairement la tâche, en raison des changements continuels dans le personnel : la personne aidée n'est pas toujours habillée ou lavée par la même personne, elle est souvent prise en charge par du personnel qu'elle connaît à peine, dont elle ne sait si elle peut leur faire confiance ; elle doit sans cesse se découvrir – son corps, sa vie, ses besoins, ses préférences et ses désirs – devant des étrangers. Elle vit sous le regard des autres, sans pouvoir cacher sa maladie, sa dégradation, ses dérèglements somatiques (4). En outre, le placement en centre d'hébergement entraîne une perte importante d'intimité : les résidents et résidentes n'ont plus qu'une chambre comme espace privé, dont la porte reste ouverte ou entrouverte et par laquelle le personnel entre constamment. Les relations que la personne entretient avec ses proches, ses maladies physiques et mentales, ses goûts, ses besoins, ainsi qu'une grande partie de sa vie passée, sont consignés à son dossier, connus du personnel et des autres résidents. La personne perd ce que Goffman (5) appelle les territoires du soi : elle est constamment touchée et manipulée par les autres, elle n'a pas vraiment d'espace qui lui est réservé, elle a dû se défaire de la plupart de ses objets et de ses biens personnels, elle doit constamment communiquer aux autres ses besoins et ses désirs pour les satisfaire, elle entend tout ce que les autres disent, les bruits et les cris. La personne, souvent atteinte d'un trouble cognitif, perd ses repères, tout ce qui lui apportait stabilité et sécurité (ses habitudes, ses activités et son horaire, son domicile et ses objets, ses relations sociales, son animal de compagnie…). Enfin, en raison du manque de personnel et de temps, les soins sont parfois donnés de manière rapide et mécanique, sans pouvoir prendre les mesures ou faire les gestes qui respectent l'autonomie, la dignité et les désirs spécifiques de la personne, mais aussi sa pudeur (4,6). Selon Marcel Nuss (7) les atteintes à la pudeur dans les établissements de santé sont souvent dues au manque de personnel, au manque de formation ou de savoir-faire, à des règles insensibles de l'institution (ex. : imposition de chemises de nuit trop courtes) ou encore à la négligence de certaines soignantes, qui laissent la porte de la salle de bain ouverte pendant la toilette, ou parlent de manière indélicate du corps des malades.

Selon Delomel (3), la pudeur est parfois plus importante chez la soignante que chez celles et ceux qu'elle prend en charge. Le rapport à la nudité du corps humain adulte affecte profondément celui qui le voit et doit le toucher : des sentiments de gêne, de honte, d'étrangeté et de culpabilité sont alors éprouvés. La culpabilité viendrait du fait que les soignantes ressentent et appréhendent la pudeur de la personne soignée et ont l'impression de « l'agresser », de pénétrer « par effraction » son espace intime. L'étude de Michon et Varakine (8), menée sur des étudiantes en soins infirmiers, va dans le même sens. Celles-ci craignent de faire intrusion dans l'intimité des personnes soignées, et d'être confrontées aux tabous de la sensualité et de la sexualité. Elles appréhendent aussi de faire preuve de maladresse et de blesser ceux et celles qu'elles soignent, et expriment leur gêne face à ces corps nus d'adultes (qui rendent la toilette d'une personne âgée plus pénible que celle d'un enfant). La hiérarchie organisant le milieu des soins fait en outre souvent en sorte que les soins délicats, à l'instar des soins d'hygiène, sont régulièrement délégués aux novices ou aux soignantes ayant reçu une moins longue formation et situés au bas de l'échelle (les aides-soignantes en France, les préposées aux bénéficiaires au Québec) (9,10). Cette tendance peut aggraver chez les soignantes l'impression d'être dépourvues dans les situations impudiques.

Les soins de longue durée montrent à quel point la pudeur demeure une source de malaises parfois très vifs. Elle met en cause des valeurs fortes, comme l'autonomie, l'intimité et la dignité, et elle provoque des sentiments de honte et de culpabilité. Elle soulève des questions morales, que le vieillissement de la population, au Canada comme dans la plupart des pays industrialisés, et l'augmentation des soins qu'elle va entraîner, risque d'aviver[2]. Toutefois la pudeur demeure encore relativement peu discutée et théorisée dans les écrits sur l'éthique et sur le soin[3]. Si elle est abordée lors des formations des soignants, c'est souvent sous la forme d'une injonction (« respectez la pudeur ») (3), et non comme un problème éthique

[2] À titre indicatif, on estime qu'en 2041, au Québec, 14 % des personnes de 65 ans et plus auront besoin de soins de longue durée, soit 3,9 % de la population (11).
[3] Cette situation problématique commence à être abordée au sein de littérature sur l'éthique des soins. On retrouve notamment quelques articles de la revue *Soins* qui s'y consacrent (cf. 12-14). Les lecteurs intéressés par cette problématique pourront aussi consulter Saltel et Gabelle (15).

exigeant discussion, réflexion et jugement de la part des soignants[4]. Il faut donc nous y arrêter et l'examiner plus attentivement pour en comprendre la signification et clarifier son caractère éthique.

LA NOTION DE PUDEUR

Lorsque l'on tente de comprendre et de définir la pudeur, particulièrement dans les soins, on découvre une notion plus complexe – et plus ambiguë – qu'il n'y paraît à première vue. La pudeur est à la fois un sentiment et une conduite, et elle l'est tout autant du côté des soignantes que des personnes soignées, mais sans signifier toujours exactement la même chose. En outre, elle est socialement normée, variant selon les époques et les groupes[5].

Le sentiment et les sources d'un trouble

La pudeur désigne d'abord un sentiment, celui ressenti par un individu qui envisage, est témoin ou accomplit des actes qui dévoilent ce qui doit demeurer secret ou discret. Ce sentiment apparaît dans l'étymologie de ce mot : le terme « pudeur » provient du latin « pudor, oris » qui désigne un « sentiment de honte » (27), et jusqu'à la Renaissance les mots « pudeur » et « honte » sont utilisés comme synonymes. Il se remarque chez les individus par certains signes corporels (ex. : le rougissement des joues) et est provoqué par l'exposition de la nudité corporelle et des parties génitales ou par l'évocation de la sexualité de façon générale. Il est omniprésent en Occident, particulièrement depuis les XVIe et XVIIe siècles, bien que l'on considère qu'il connaît un certain déclin depuis le XXe siècle, puisque l'on tolère mieux l'exposition du corps et les discours explicites à son propos (28). La pudeur est vécue au sein d'une relation, notamment puisqu'elle naît du regard d'autrui, de sa réaction de recul ou de sa réprobation (29,30).

Dans le cadre des soins, cette gêne est provoquée dans trois grands types de situations. D'abord, lorsqu'il y a une forte intrusion dans « les territoires du soi » du patient, plus particulièrement dans l'espace qu'il considère comme son intimité (son espace personnel, son enveloppe corporelle, et certaines réserves d'information) (5). Selon les observations de David Le Breton (13), la pudeur est en effet une façon pour la personne de marquer une limite entre ce qu'elle souhaite garder privé et ce qu'elle accepte de montrer au public, et cette limite peut être franchie de plusieurs manières dans le contexte médical, par le toucher comme par le regard et le langage. L'intrusion dans l'intimité de la personne soignée se produit dans les situations de nudité corporelle, alors que le regard de la soignante franchit la limite derrière laquelle la personne aurait voulu cacher son corps désormais exposé ; elle se produit également lorsqu'on ne peut garder un secret ou jeter un voile sur son histoire personnelle ou sur certaines de ses pensées, que la personne soignée aurait préféré ne pas étaler au grand jour. Dans les soins, outre le moment de l'examen clinique, le temps de la toilette est un moment propice à cette intrusion, dans le corps comme dans la vie de la personne. En effet, tel que nous l'expliquait Annick Anchisi (10) en se rappelant les toilettes qu'elle a effectuées au cours de sa carrière d'infirmière, laver une personne exige une intrusion considérable dans son intimité, puisqu'il faut que la soignante ait accès à et manipule l'entièreté du corps nu de la personne soignée, y compris ses parties génitales. L'accompagnement des personnes dépendantes pour faire leurs besoins est une autre intervention délicate et même violente, par exemple lorsqu'une intervention manuelle est nécessaire pour faire sortir les selles de l'individu soigné s'il n'en a plus le réflexe (10). Toute intrusion peut provoquer de la honte, voire être vécue comme une violence considérable par le patient, même si la personne soignée, avec le temps, finit par s'y résigner. L'intrusion est également difficile à vivre pour les soignantes, qui anticipent la honte de ceux et celles qu'elles prennent en charge et, se sachant à son origine, ressentent un profond malaise (3,8).

Ensuite, le patient peut ressentir de la pudeur lorsqu'il est réduit à ce qui le rend vulnérable : à son corps, à sa dépendance. Éric Fiat explique ainsi que la pudeur d'une personne peut être blessée lorsqu'on ignore le fait qu'elle est un « corps-sujet » et qu'on ne la considère plus que comme un « corps-objet », autrement dit, lorsqu'elle se sait réduite à « un simple agrégat d'organes plus ou moins abîmés » (28, p.35) aux yeux des soignants. La pudeur serait ainsi un sentiment qui vise à préserver notre sens de l'identité, sérieusement menacé par la maladie qui nous prive de plusieurs aspects témoignant de notre humanité (la bipédie, le langage articulé, la mémoire, la maîtrise des sphincters, etc.) (28). Dans le même ordre d'idées, Marcel Nuss (7), témoignant des soins qu'il a reçus au cours de sa vie en tant que personne en situation de handicap physique, explique que la nudité imposée pendant les soins risque de faire perdre aux individus dépendants leur statut de « personne » et de les réduire à des « créatures nues », voire à des objets. Ce sentiment d'objectification est selon Nuss particulièrement violent, à un tel point qu'il le compare à un « viol psychologique ». Pour lui, le respect de la pudeur est donc nécessaire au respect de la dignité de l'individu soigné (7).

Enfin, le trouble survient dans les moments où l'on est exposé aux sécrétions produites par le corps, sécrétions qui sont généralement considérées comme des « déchets humains » ou de la « souillure ». On peut penser au pus, aux excréments, au sang, au crachat ou à la bave, à la morve, etc. Dans les soins, la souillure dégrade la personne soignée et dégoûte la personne soignante, et la pudeur naît en anticipation du dégoût et de la dégradation. Les incidents provoqués par l'incontinence, et les tâches d'accompagnement ou de lavage du linge souillé peuvent se révéler éprouvants et susciter une

[4] Un survol des manuels d'éthique des soins et de bioéthique nous a en effet permis de constater que le sentiment de pudeur n'y est généralement pas mentionné, et que les situations impliquant l'intrusion dans l'intimité ou l'exposition de la nudité ne font pas partie des situations identifiées comme des sources de dilemmes éthiques à anticiper pour les étudiantes (16-21).

[5] Puisque nous nous intéressons à la pudeur dans les soins de longue durée tels qu'ils sont dispensés au Québec et en France, nous retraçons ici les significations que cette notion a pu prendre dans l'imaginaire occidental. La pudeur peut cependant se retrouver au sein d'autres populations sous d'autres formes et être suscitée par d'autres objets (cf. 22-23 pour des études sur la pudeur en Afrique du Nord), et avec la mondialisation, la variabilité culturelle de la pudeur devient un sujet de préoccupation grandissant pour les soignantes dans divers domaines (cf. 24-26), ce qui exacerbe le problème que nous présentons plus loin.

pudeur importante, aussi bien pour les patients et patientes que pour leurs soignantes. Elle peut même être assez difficile à supporter pour pousser des proches aidants à cesser de prodiguer leurs soins et à confier leurs proches dépendants à des institutions professionnelles (2). Le trouble est lié à la perte de maîtrise de son corps et de ses fonctions physiologiques, particulièrement l'alimentation, la digestion et l'excrétion. Lorsque l'on perd cette maîtrise, ou que l'on voit quelqu'un d'autre la perdre, on peut ressentir un fort malaise, que l'on peut associer à la pudeur comme au dégoût (31), ces sentiments sont le plus souvent entremêlés chez la soignante.

Une conduite et un apprentissage

La pudeur n'est cependant pas uniquement une réaction plus ou moins instinctive à l'exposition de ce qui doit demeurer voilé. Elle est aussi un comportement appris, qui consiste à recouvrir d'un voile ce qui risque d'être découvert et qui ne devrait pas l'être. Le mot « pudeur » désigne ici l'attitude de celui ou celle qui sait respecter les convenances, modérer ses sentiments ou pratiquer une certaine retenue dans ses propos, en conformité avec les normes et usages propres à sa culture ou son époque. Pour adopter une telle attitude, l'individu doit développer un discernement et une sensibilité qui l'aideront à adopter des gestes appropriés en fonction des situations. C'est à partir de la Renaissance que l'on voit émerger ce nouveau sens du mot « pudeur ». Dominique Brancher explique à ce propos que l'on souhaitait, en traduisant les traités moraux de l'Antiquité, distinguer une « bonne honte », la pudeur, qui nous retient lorsque nous sommes tentés de commettre des actes répréhensibles liés à la corporéité, d'une « mauvaise honte », la honte, qui témoigne du fait que nous avons déjà commis un acte répréhensible et qui est liée à la culpabilité (32). Cette volonté de démarquer et de valoriser un sentiment permettant la retenue d'un sentiment de honte s'inscrit dans la tendance de l'Occident à se définir par sa « civilité ». Norbert Elias (31) a étudié le déploiement de cette tendance, qui s'est traduite, entre autres choses[6], par l'apparition de nombreux manuels de bienséance qui forment les individus à cette « civilisation » en développant un plus grand contrôle d'eux-mêmes. Elias nous permet ainsi de comprendre l'importance à cette époque de parler de la pudeur comme d'une attitude de retenue, visant la maîtrise de soi, de son corps, de ses gestes, de ses vêtements, de l'expression du visage, etc.

Dans le cadre des soins, on s'attend à ce que les soignantes adoptent ce comportement pudique pour ménager le sentiment de pudeur de ceux et celles qu'elles soignent. Elles apprennent et développent une série de comportements visant la maîtrise de leurs réactions dans les trois types de situations susceptibles de choquer la pudeur des personnes soignées que nous avons relevés ci-haut : l'intrusion, la vulnérabilité et l'exposition à la souillure.

Devant la gêne suscitée par la nudité et l'impression de commettre une intrusion violente dans l'intimité des patients, les soignantes développent un ensemble de techniques pour minimiser l'exposition du corps lors de la toilette ou de l'habillement. Ces techniques visent principalement à suivre un ordre particulier en enlevant les vêtements de la personne ou la couvrant partiellement d'un linge (9). Alors qu'elle rapporte son expérience comme aide-soignante dans un service de gériatrie à Bruxelles, Fanny Dubois (33) souligne elle aussi quelques tactiques qu'elle met en place pour préserver la pudeur de ses patients et patientes. Par exemple, si elle doit les aider à aller aux toilettes, elle prend le temps de les installer sur la cuvette, puis leur donne un linge pour se couvrir et les laisse seul(e)s lorsque cela est possible. Puisque l'intrusion peut être aggravée lorsqu'on est lavé par une personne du même sexe ou du sexe opposé, plusieurs institutions (dont les centres de soins de longue durée au Québec), permettent aux individus soignés de choisir le sexe de la personne qui s'occupe de les laver (34). La soignante pudique va finalement établir une communication verbale et non-verbale avec son patient ou sa patiente, et s'assurer qu'elle ne dépasse pas (trop) une de ses limites (3).

Pour éviter de réduire leurs patients et patientes à leur vulnérabilité, plusieurs soignantes ajustent également leurs démarches pour préserver l'identité des personnes qu'elles traitent, comme l'a observé Anne-Marie Arborio (9) en France chez les aides-soignantes à l'hôpital. Elles vont par exemple demander à la famille de sortir pendant certains soins, afin de préserver l'identité de la personne soignée auprès de ce groupe de personnes qui la connaît sous un autre jour que celui de sa dépendance. Marie-Annick Delomel (3), qui a interrogé des étudiantes en soins infirmiers sur les techniques qu'elles développent pour se préparer à la toilette, note qu'une des stratégies adoptées consiste à se renseigner d'abord sur la personne qui doit être lavée. Ainsi, l'étudiante peut savoir par avance si celle-ci sera coopérative, mais aussi apprendre à la connaître comme une personne avant de le connaître comme malade. Les comportements cherchant à minimiser l'exposition de la vulnérabilité de la personne soignée et la préservation de son identité peuvent aussi contribuer à diminuer l'asymétrie inévitable de la relation de soin : bien qu'une complète réciprocité soit impossible entre la personne soignante et la personne soignée, considérant la grande dépendance de cette dernière, des comportements pudiques peuvent servir à atténuer la distance entre elles, à faire tendre leur relation vers plus d'égalité. C'est ce que nous confiait Annick Anchisi par la formule qui la guidait dans ses démarches pour respecter la pudeur de ses patients et patientes : « ne pas faire sentir à l'autre qu'il est à ma merci, ou qu'elle est un poids » (communication personnelle).

Finalement, les soignantes vont développer une grande maîtrise de leurs expressions, afin de ne pas laisser transparaître le dégoût ou la gêne qu'ils peuvent ressentir, puisque cela pourrait aggraver la pudeur ou la honte ressenties par leurs patients en cas de souillure. C'est ce dont nous informe encore une fois Delomel, en décrivant le « savoir-être » qu'élaborent les soignantes pour le moment du bain : le premier élément de cette attitude réside sur une prise de consciente de la part de l'infirmière que c'est à elle de mettre la personne lavée à l'aise, de se maîtriser pour s'adapter à elle (3). Cette prise de conscience doit s'actualiser par un contrôle de ses réactions, notamment de ses expressions faciales, face à toute image

[6] Ce mouvement de « civilisation par l'autocontrainte » s'observe aussi en politique : les monarchies absolues accaparent le monopole de la violence légitime et s'imposent une autocontrainte de leurs « pulsions », dont on s'attend à ce qu'elle soit reproduite au niveau individuel.

choquante qu'elle pourrait rencontrer pendant ce soin. Fanny Dubois confirme ces observations en affirmant qu'elle a appris en tant qu'aide-soignante à « dompter son corps » pour éviter toute expression faciale involontaire qui aggraverait le malaise des patients et patientes qu'elle lave, habille ou aide à aller aux toilettes (33).

Une notion complexe, une notion morale

La pudeur, on le voit, est une notion complexe et parfois même équivoque. Elle est tout à la fois sentiment et conduite, trouble et retenue, réaction impulsive et maîtrise de soi. Elle naît dans des situations très diverses – sexualité, vulnérabilité, souillure – et se mêle à d'autres sentiments, parfois contradictoires, comme la honte, le dégoût et le respect. Comme conduite, elle se traduit en divers comportements, qui peuvent être motivés à la fois par le souci de l'autre – de la préserver de la honte – et le souci de soi – se préserver de la gêne ou de l'exposition à la souillure.

Si le sentiment et la conduite de pudeur s'expriment autant chez la personne soignée que la personne soignante, ce n'est toutefois pas de la même façon. Chez la première ils naissent de sa situation de vulnérabilité et de dépendance, voire de soumission, et de la menace qui pèse sur son intégrité ; chez la seconde ils naissent plutôt d'une exigence professionnelle, quoiqu'elle ne soit pas toujours en mesure d'y répondre. Si elles se développent et se renforcent en réaction l'une à l'autre, la pudeur de la personne soignée et celle de la personne soignante ne sont pas équivalentes et s'inscrivent dans une relation asymétrique.

Enfin, beaucoup plus qu'une réaction instinctive de défense, davantage qu'une règle de civisme ou de politesse facilitant les interactions sociales, la pudeur est bien porteuse d'une visée morale, que les soignantes s'imposent en reconnaissant l'importance du trouble chez leurs patients et patientes. Elle vise à préserver l'intégrité physique et morale des soigné(e)s comme des soignantes, à faire en sorte que la personne ne soit pas traitée comme une chose, mais comme une personne à part entière.

TENSIONS DANS L'EXPRESSION DE LA PUDEUR DANS LES SOINS

Non seulement le comportement pudique est donc en soi loin d'être évident, mais en outre son application dans la pratique des soins soulève de nombreuses difficultés, qui complexifient les choix moraux et renforcent l'exigence d'une réflexion éthique sur la pudeur. Quatre difficultés surviennent régulièrement dans les soins et méritent notre attention.

La pudeur variable

S'il est possible d'identifier certaines situations ou comportements qui provoquent un sentiment de pudeur, des soignantes comme des patients et patientes, tous ne ressentent pas le même trouble ou la même gêne dans les mêmes situations, et tous n'adopteront pas les mêmes gestes pour respecter la pudeur de l'autre, notamment dans les soins d'hygiène. La personne aidée, vulnérable dans la relation asymétrique qui la lie à la soignante, va souvent ressentir un plus grand trouble que cette dernière. Cependant, il est également possible qu'elle ne soit pas du tout gênée et que ce soit elle qui trouble la soignante par des conduites impudiques (ex. : lorsqu'elle se dénude entièrement en raison d'une désinhibition) (3). Toutes ne maitrisent pas également les codes, qui sont d'ailleurs sujets à interprétation. Des stratégies pour préserver la pudeur, comme l'humour, l'évitement ou les métaphores vont réduire les malaises chez certains, mais en heurter d'autres.

Cette grande variabilité dans les manifestations de la pudeur reçoit diverses explications. Par exemple, selon Fiat (28), l'une des causes de la maltraitance des aînés en milieu hospitalier est la différence entre leur conception du corps (notamment du corps nu) et celle des jeunes soignantes. Pour ces dernières, le corps serait l'objet de moins grands tabous et elles associent parfois la pudeur à de la pusillanimité – elles sont donc plus à risque de choquer la pudeur plus susceptible des patients âgés. Cela dit, on peut nuancer ce constat en lisant Delomel (3). Selon elle, le sentiment de pudeur varie certes selon l'âge ou la génération, mais également selon l'origine culturelle et sociale des personnes, sans qu'on puisse toutefois départager clairement les réactions selon ces catégories. La culture ne forme jamais un ensemble de règles parfaitement homogènes et cohérentes. On trouve au sein d'une même génération ou d'un même milieu social des attitudes variées. En outre, la plus grande pudeur n'est pas toujours là où on s'y attend. Dans ses études sur les soins dans les communautés religieuses féminines, Anchisi (35) s'est aperçue que les religieuses ne sont pas aussi réservées que certaines représentations pouvaient le laisser penser ; elles abordent parfois très librement les questions liées au corps. Bref, si variations il y a, elles ne sont pas faciles à localiser ou à anticiper.

Notons finalement que les sensibilités déjà changeantes face aux situations pudiques peuvent être en plus transformées par l'expérience de la maladie. Delomel a en effet observé que la grande douleur ressentie par les personnes soignées détournait leurs préoccupations de l'exposition de leurs corps ou de l'intrusion d'un étranger dans leur espace personnel, par exemple (3). La maladie les rend parfois même impudiques, puisqu'elles n'ont plus le même souci de leur apparence ; les proches peuvent également perdre leur pudeur, et ne plus voir le ou la malade que comme un corps malade (36).

Des réactions difficiles à maîtriser

Au cours de leur pratique, les soignantes sont souvent confrontées à des situations extrêmes, qui provoquent chez elles de puissants malaises ou dégoûts, alors qu'on attend toujours d'elles qu'elles continuent d'adopter une attitude avenante. Le

respect de la pudeur de la personne soignée demande de leur part un très grand effort de contenance, qu'il peut être difficile de maintenir considérant l'ensemble des exigences de leur métier.

C'est ce qui peut survenir lorsque les soignantes sont confrontées à de la souillure, notamment à l'incontinence d'autrui, à des plaies purulentes, des corps nécrosés ou décharnés (10). Dans un tel cas, la soignante doit maîtriser l'expression de son visage et les gestes qu'elle adopte pour éviter d'exprimer le dégoût qu'elle ressent, qui pourraient choquer la pudeur de la personne soignée en le réduisant à sa vulnérabilité. Il s'agit cependant d'un effort de maîtrise de soi qui peut être très important, et que les soignantes ne seront pas toujours en mesure de fournir. Fanny Dubois a déjà expérimenté une situation semblable, au cours de sa pratique d'aide-soignante : alors qu'elle nettoyait la chambre d'une patiente après un épisode important d'incontinence, elle a laissé échapper une grimace de dégoût qui choqua une proche de la patiente – Dubois terminait cependant un épuisant quart de travail de douze heures (33). Cette volonté de se distancer de la souillure et des patients et qui la produisent est d'autant plus forte que la souillure est autant matérielle que symbolique (37). Ainsi, les soignantes (notamment aides-soignantes et infirmières) peuvent chercher à se distancer du patient ou de la patiente souillé(e) pour ne pas être associées au « sale boulot », aux tâches « sales », et ainsi être placées au bas de la hiérarchie dans l'institution de soin (9). Dans tous les cas, même si on peut comprendre les raisons qui vont pousser les soignantes à exprimer leur dégoût ou à instaurer une distance avec les personnes soignées dans ces situations, celles-ci vont malheureusement blesser la pudeur des personnes soignées (7).

Par ailleurs, tout ce qui associe le soin à la sexualité et à un imaginaire érotique – être dévêtu et lavé par une personne de l'autre sexe tout particulièrement – demeure une source de trouble difficile à maîtriser. C'est particulièrement vrai chez les femmes, qui peuvent se sentir menacées dans leur intégrité physique ou morale lorsqu'elles doivent être lavées par un homme ou laver un homme (34). Ainsi, non seulement les gestes de pudeur ne suffisent pas à faire disparaître le sentiment de menace ressenti par certaines patientes, mais en plus, certaines soignantes peuvent chercher à créer une distance avec leurs patients pour se protéger de la connotation sexuelle de la situation. Ces tentatives de la part des soignantes ne fonctionnent cependant pas toujours, et peuvent encore une fois susciter de la honte et de la gêne chez leurs patients (3).

Enfin, les soins impliquant une intrusion dans l'intimité sont d'autant plus compliqués que la vue des corps dégradés, qui ont perdu toute beauté ou pouvoir de séduction demeure également une source de troubles difficile à maîtriser. Le corps nu met la soignante face à sa propre finitude, au vieillissement, au déclin et à la mort auxquels il ne pourra échapper. La soignante peut être tentée de détourner le regard de cette vision troublante, mais ce faisant elle rappelle à la personne soignée son immense vulnérabilité, et lui fait sentir qu'elle a pris le dessus sur son identité – une autre manière de blesser la pudeur d'un individu, selon ce qui a été dit dans la seconde section.

La règle de la « bonne distance » et les injonctions contradictoires

Il existe aujourd'hui dans l'éthique des soins une consigne censée guider les soignantes dans les situations délicates : la règle de la « bonne distance » (12,13,33). Souvent nommée, mais rarement explicitée dans la littérature sur l'éthique des soins, cette règle prend la forme d'une double exigence pour les soignantes. D'une part, elles doivent se rapprocher de la personne dont elles prennent soin, faire preuve d'empathie et manifester de l'intérêt à son endroit, se faire rassurantes et exprimer de la compassion, la manipuler délicatement et individualiser les soins, ne pas être neutres ou froides. D'autre part, elles doivent garder leurs distances, ne pas trop s'attacher à la personne, ne pas trop s'investir émotivement, savoir se couper mentalement et émotivement de leur travail lorsqu'il est terminé, traiter toutes les personnes de la même manière sans manifester de préférence. La juste distance n'est pas toujours facile à trouver, il n'y a pas non plus de règles ou de critères précis pour l'évaluer ou la reconnaitre. Or, si la soignante tombe dans l'un ou l'autre des extrêmes que veut éviter cette bonne distance, elle peut porter atteinte à l'humanité de son patient ou de sa patiente : si la trop grande proximité peut être vécue comme une intrusion inappropriée, la trop grande distance va contre les prescriptions éthiques d'empathie, et peut être associée à l'indifférence, voire à la déshumanisation, puisqu'elle peut faire sentir à la personne soignée qu'elle est réduite à son corps ou à sa maladie.

La difficulté pour la soignante de trouver la bonne distance est complexifiée par le fait que cette injonction est mobilisée pour l'évaluation de sa performance en tant que travailleuse. Dubois et Lebeer (33) ont par exemple remarqué que les aides-soignantes qui étaient trop affectées par les souffrances de leurs patients, qui n'étaient pas capables de contenir leurs émotions face à des situations de grande vulnérabilité, étaient blâmées par leurs collègues pour leur émotivité. Parallèlement, celles qui ne se montraient pas assez empathiques étaient critiquées pour leur froideur. Le maintien de la bonne distance comme critère d'évaluation poussait donc les soignantes à se critiquer entre elles, ce qui détournait leur attention de leurs conditions de travail difficiles et les décourageait d'émettre des critiques souvent légitimes à leur propos (33). En outre, la personne qui se sait surveillée et évaluée risque de ne plus pouvoir diriger son attention vers sa tâche déjà délicate : comprendre et respecter les limites de la pudeur des patients.

Les critères de valorisation des métiers soignants viennent accentuer cette tension. D'un côté, la proximité et la personnalisation des soins, et même une certaine intimité avec le soigné, sont des manières pour la soignante de bien effectuer son travail, en réduisant le caractère impersonnel de l'établissement et la solitude du soigné. L'humanisation des soins et son engagement personnel sont pour la soignante une manière de valoriser son travail, de montrer qu'il dépasse la simple exécution de tâches, qu'il exige un savoir-faire et un savoir-être. D'un autre côté, la distance, l'objectivité et la maîtrise de ses émotions demeurent des marques de professionnalisme, qui peuvent être d'autant plus importantes à adopter pour

certaines soignantes dont le travail impose une proximité avec la souillure, qui est une source de déqualification et de perte de prestige pour un corps d'emploi (37). Ces tendances peuvent venir influencer la distance ou la proximité que la soignante adoptera dans ses relations avec les personnes soignées, pour des raisons que nous ne souhaitons pas juger illégitimes, mais qui vont venir complexifier le choix des gestes à adopter dans les situations pudiques.

La pudeur indicible

Si les soignantes doivent davantage discuter de la pudeur et de ses manifestations dans les soins, il leur est toutefois difficile d'en parler. La gêne que provoquent les situations impudiques ne se limite pas aux confrontations immédiates avec celles-ci : elle reste présente dans les discours que l'on va tenir à leur propos.

Pour le soigné comme pour la soignante, il est d'abord difficile de décoder la conduite de l'autre. Que ressent-il? Comment me voit-il? Que veut-il? Que *me* veut-il? Derrière un voile de pudeur, il n'est pas facile d'entendre sa demande, ses craintes ou ses désirs. La maîtrise des émotions masque les vulnérabilités, les limites, le trouble. Pour la personne soignée comme pour la soignante, il est difficile d'en parler sans user de détours et d'euphémismes, sans demeurer allusif et équivoque, afin d'éviter la gêne et la honte. Il est difficile d'exprimer son trouble et d'en comprendre les raisons, sans le masquer ou le réactiver, de chercher à dissiper les ambiguïtés et les doutes sans en provoquer de nouveaux.

Pour que les soignantes puissent discuter de la pudeur et des difficultés vécues, il faut non seulement les mots pour le dire, mais un espace et un moment pour le faire, un lieu et des interlocuteurs pour en parler sans se sentir incompétent ou en faute, sans se sentir honteux de n'avoir pu se maîtriser ou d'avoir conservé une grande distance, et sans renforcer l'ambiguïté de la conduite ou la confusion des sentiments. On commence à intégrer au sein des formations en soins infirmiers en France des occasions pour les étudiantes de réfléchir sur leurs premières expériences de soins délicats, d'expliciter les difficultés qu'elles ont rencontrées et les affects qui les ont troublées (8). Cependant, toutes les soignantes ne trouveront pas nécessairement le temps ou le lieu pour exprimer ce genre de réflexion, particulièrement dans le contexte où le fait d'exprimer les difficultés qu'elles rencontrent ou le trouble qu'elles ressentent dans certaines situations peut être utilisé contre elles dans l'évaluation de leur performance (33).

LA PUDEUR COMME VERTU

Dans les trois premières parties de cet article, nous avons montré la complexité, les exigences et les difficultés d'une conduite respectueuse de la pudeur. La pudeur ne peut se ramener à un ensemble restreint de règles à respecter. Son application relève d'une préoccupation éthique, et demande une sagesse pratique (ou prudence) de la part de la soignante ainsi qu'une grande attention au contexte des soins dispensés.

En effet, si des règles répandues de civisme et de politesse (frapper avant d'entrer, exposer le moins de nudité possible) peuvent contribuer à préserver la pudeur d'autrui, elles n'épuisent certainement pas l'ensemble des attitudes possibles à adopter. La pudeur demeure encore source de difficulté pour les soignantes et un défi pour l'éthique, et appelle une réflexion dans le cadre de l'éthique des soins. Nous avons effectivement constaté que le comportement pudique a cela de particulier que la personne qui l'adopte doit souvent composer avec ses propres sentiments de pudeur tout en prenant garde de ménager ceux de son interlocuteur. Les soignantes doivent développer une importante maîtrise de leurs gestes, mais aussi de leurs expressions, voire de leurs sentiments, pour éviter quotidiennement de blesser la pudeur de leurs patients – une maîtrise qui reste un défi constant considérant la nature de leur travail déjà éprouvante, et les conditions dans lesquelles il se fait. Parce que leur propre pudeur leur indique également des informations précieuses sur les limites à ne pas franchir dans certaines situations, les soignantes ne devront pas non plus étouffer complètement leurs sentiments ; une totale abnégation ne serait par ailleurs pas tenable à long terme. L'attitude pudique dépend donc aussi d'une compréhension critique et réflexive de la situation – état de la personne soignée, nature des soins, contraintes professionnelles, organisationnelles et réglementaires – dont elle est partie intégrante.

Or, l'application de l'éthique des principes, à laquelle on a souvent recours pour former les soignantes à la résolution des problèmes moraux qui se présenteront dans leur pratique, est mise au défi par ces nombreuses exigences. Aussi, nous suggérons de penser la pudeur comme une vertu morale. De cette façon, nous pourrions reconnaître à la fois l'importance éthique des comportements pudiques, ainsi que nous doter de quelques balises pour leur adoption. Nous présenterons dans cette dernière partie cette mise à l'épreuve de l'éthique des principes par la pudeur, et nous suggérerons que penser une vertu de pudeur nous donnerait une perspective pour développer une réflexion sur la pudeur, et intégrer celle-ci à une éthique des soins. Nous formulons des propositions afin d'outiller les soignantes et d'orienter leur formation : elles sont les premières concernées par l'exercice de la pudeur-comportement et par le manque de balises éthiques dans ce domaine[7].

Limites des éthiques des principes

Les éthiques des principes naissent avec l'apparition de l'éthique appliquée dans les années 1970, et se développent en reprenant les principes des éthiques conséquentialistes et déontologiques qu'elles auront cependant simplifiés et réconciliés pour produire un cadre théorique cohérent (38). Ces nouvelles éthiques vont exercer une influence considérable sur les codes

[7] Bien que les patients puissent aussi avoir à faire preuve de pudeur-comportement, leur situation de grande vulnérabilité rend moins pertinente l'idée de leur imposer de nouvelles exigences morales.

déontologiques adoptés par les soignantes en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord (39). Parmi ces nouvelles propositions, celle avancée par Beauchamp et Childress dans leur ouvrage *Principles of Biomedical Ethics* (dont la première édition paraît en 1979) a connu un large succès. En se basant sur les quatre principes conséquentialistes et déontologiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, cette éthique nous invite à produire un ensemble de règles qui guideront les soignantes dans leur pratique. Par exemple, on peut déduire du principe d'autonomie la règle intimant aux soignantes de respecter le consentement éclairé des patients avant toute intervention médicale. Il n'est pas impossible que certains de ces principes entrent en conflit face à un dilemme moral particulièrement délicat, et qu'ainsi il soit difficile de déterminer la règle à suivre par les soignantes. Dans un tel cas, Beauchamp et Childress nous enjoignent à soupeser avec attention chacun des principes et à évaluer de façon critique les conséquences de leur application avant de choisir celui à prioriser (40).

Malgré cet avertissement, certains auteurs ont déploré que l'éthique des principes trouvait dans les faits une application un peu automatique lorsqu'elle est mobilisée par les professionnelles. Selon certains d'entre eux, ce serait parce que les principes proposés par Beauchamp et Childress sont à la fois trop abstraits et décontextualisés pour guider effectivement les soignantes dans des décisions complexes et trop légalistes pour leur permettre d'élaborer des solutions créatives (41). Selon d'autres, comme Vanlaere et Gastmans, ce sont plutôt les codes déontologiques basés sur les éthiques des principes qui n'inciteraient pas suffisamment les soignantes à la réflexion critique, et les inviteraient plutôt à l'application mécanique d'un ensemble de règles (39). Ces critiques nous indiquent deux premières raisons pour lesquelles la pudeur ne peut être abordée adéquatement au moyen d'une éthique des principes. Nous avons montré qu'il est impossible de ramener la pudeur à une ou plusieurs règles invariables, puisque tous ne ressentent pas son trouble dans une même mesure ou dans une même situation. Ce qui importe, pour être pudique, c'est moins d'adopter un geste ou un comportement spécifique que d'observer attentivement les signes de la pudeur-sentiment chez la personne soignée et de s'y adapter. Le comportement pudique exige donc une capacité d'analyse des situations pudiques toujours particulières qui surgissent dans les soins. L'énoncé d'une règle ne sera d'aucun secours si elle est appliquée sans aucun recul critique et sans l'examen de la situation. On comprend donc pourquoi le principe qui est souvent avancé pour inspirer la pudeur – le principe de la « bonne distance » – est à la fois trop vague (parce qu'il n'existe pas *une* bonne distance) et susceptible d'inspirer des comportements blessants (par exemple, une attitude froide et distante pendant une toilette, ce qui peut choquer les personnes exposées et vulnérables).

Un autre reproche adressé aux éthiques des principes concerne le fait qu'elles sont des éthiques dites « de l'action juste » (*theory of right action*) : elles cherchent à déterminer des principes pour qu'un agent prenne de bonnes décisions, peu importe son attitude en exécutant l'action (42). Cette grande attention des éthiques des principes aux actions à poser les empêcherait d'accorder suffisamment d'attention aux traits de caractère à développer pour être un ou une bonne soignante au quotidien. Dans les situations impudiques il n'y a pas nécessairement de dilemme moral explicite à analyser et à résoudre, mais une soignante qui a de la difficulté à comprendre les limites de l'autre et à faire preuve de la retenue nécessaire et trouver les comportements inappropriés (39). Une éthique appréhendant adéquatement le sentiment de pudeur devrait donner à la personne soignante des outils pour développer un savoir-être. En adoptant un comportement pudique, la soignante ne peut ignorer sa propre implication dans les situations délicates au travers desquelles elle navigue, et doit composer avec les limites que lui impose son propre sentiment de pudeur.

La vertu de pudeur

L'ensemble des remarques précédentes nous invite à penser la pudeur comme une vertu plutôt que comme un principe. L'éthique des vertus a connu un regain de popularité en philosophie, et plus précisément en bioéthique, étant donné les insatisfactions grandissantes concernant les éthiques conséquentialistes et déontologiques (43). La formulation d'une éthique des vertus repose sur la détermination d'un objectif fondamental, ou *telos*, à accomplir par l'être humain grâce à l'exercice des vertus. Nous proposons de suivre cette démarche en déterminant un *telos* des soins que la pudeur permettrait d'accomplir[8]. Nous avons remarqué plus haut que la pudeur-sentiment des patients et patientes, que la pudeur-comportement des soignantes cherche à ménager, naît lorsque l'intégrité de la personne est menacée par l'intrusion, lorsque sa vulnérabilité est aggravée par la perte de son identité, et lorsque sa dignité est blessée par la souillure. Or, empêcher (ou du moins freiner) la menace de l'intégrité physique, atténuer la vulnérabilité et préserver la dignité de la personne soignée semblent composer trois facettes d'un même objectif fondamental poursuivi par les soins de manière plus générale : la préservation de l'intégrité morale de la personne.

Les vertus sont les dispositions que les agents moraux auront à développer pour pouvoir atteindre cet objectif fondamental par leurs actions. On peut préciser cette idée, en reprenant la définition aristotélicienne de la vertu – comme le font plusieurs bioéthiciens contemporains[9] - comme « disposition à agir de façon délibérée, consistant en une médiété relative à nous, laquelle est rationnellement déterminée » (44, p.50)[10]. D'abord, en tant que disposition, la vertu de pudeur influencerait de manière constante la soignante qui la pratique, guiderait en permanence son jugement et ses actions face aux situations

[8] En nous limitant à la définition d'un *telos* relatif à une profession plutôt que de nous attarder à la définition d'un *telos* concernant toute l'humanité, nous suivons une tendance assez répandue au sein des éthiques de la vertu contemporaine. En effet, puisque la grande diversité des idéaux partagés dans nos sociétés contemporaines ne permet plus de déterminer un objectif *unique* à la vie humaine, plusieurs bioéthiciens proposent de reprendre l'idée de *telos* pour déterminer un objectif fondamental pour chaque *profession* concernée par l'éthique des vertus (35).

[9] Vanlaere et Gastmans mobilisent eux aussi cette définition de la vertu aristotélicienne pour penser la vertu pour les soins infirmiers (33)

[10] D'autres éthiciens des vertus ont proposé de définir la vertu en mobilisant la seconde partie de cette fameuse citation (« et comme le déterminerait l'homme prudent »), et proposent de définir les vertus comme les dispositions des personnes que l'on dit vertueuses. Puisque cette démarche a été critiquée pour l'aspect circulaire de la définition qu'elle propose (36), nous préférons ne pas la reprendre pour notre proposition.

pudiques. Elle est la capacité à repérer ce qui doit être dissimulé, recouvert ou passé sous silence, ainsi qu'à agir en conséquence. Ensuite, la disposition vertueuse demande à l'agent moral de viser « la médiété », ou le juste milieu, c'est-à-dire d'éviter les comportements qui pourraient être qualifiés d'« extrêmes », dans sa situation. Éric Fiat, qui avait lui aussi proposé de penser la pudeur comme une vertu, délimite pour nous ces deux extrêmes : l'obscénité (la totale absence de pudeur, tout montrer quitte à choquer l'autre dans sa vulnérabilité) et la pudibonderie (l'excès de pudeur, vouloir tout dissimuler au risque de paralyser la soignante) (28). Pour déterminer le comportement qui relève de l'obscénité ou de la pudibonderie et s'assurer de l'éviter, la soignante devra prendre en compte les limites posées par les sentiments de pudeur du patient, mais aussi se laisser instruire par les siens. En effet, pour Aristote, l'agent moral qui ne respecte pas les limites de ses propres capacités (qui va au-devant du danger alors qu'il n'a pas la force nécessaire) agit selon une extrémité à éviter et n'est pas vertueux (ici, agissant selon la témérité et non la vertu de courage). D'une même façon, le sentiment de gêne qu'une soignante peut ressentir à l'idée de discuter d'une façon crue de la situation médicale d'un patient avec un collègue lui indique qu'il serait effectivement obscène d'employer des termes trop explicites pour parler de la situation de cette tierce personne.

Cette description des éthiques de la vertu et de la place que pourrait y intégrer le comportement pudique nous autorise à penser que la vertu de pudeur permettrait d'éviter plusieurs difficultés que la pudeur-comportement pose à l'éthique des principes. Pour appuyer cette affirmation et illustrer l'application d'une vertu de pudeur pensée dans les termes énumérés ci-haut, voyons finalement comment elle pourrait aider à naviguer entre les tensions identifiées en troisième partie de notre article.

Tout d'abord, nous avons vu qu'une des difficultés du principe du respect de la pudeur des personnes soignées est que celles-ci ne vivent pas la pudeur dans la même mesure, et ne sont pas sensibles aux mêmes normes et aux mêmes situations. En tant que disposition, la vertu de pudeur invite la soignante à ne pas préjuger les conduites à adopter, mais l'incite d'abord à porter une grande attention au contexte professionnel et organisationnel dans lequel les soins sont effectués, ainsi qu'à la grande variabilité des sources et de la prévalence de ce sentiment chez les patients et patientes. En effet, le juste milieu entre deux attitudes extrêmes ne peut être déterminé indépendamment des circonstances de l'agent moral et des personnes concernées par ses actes. Par exemple, le geste de couvrir une personne pendant que l'on fait sa toilette peut être interprété comme un acte pudique, si la soignante couvre le patient pour préserver son besoin d'intimité, ou pudibond, si la soignante décide de couvrir la personne soignée parce qu'elle ne peut se confronter à son corps nu. Inversement, le fait de laisser découvertes certaines parties du corps du patient peut être interprété par celui-ci comme un geste obscène, voire traumatisant, ou comme un geste qui le laisse indifférent, qui n'affecte pas du tout sa pudeur[11] (3,36). La soignante ne pourra pas déterminer à l'avance, indifféremment du contexte, si son geste est pudique, obscène ou pudibond, elle devra observer et s'adapter aux sensibilités de ses patients et patientes. Comme toute vertu, la pudeur est l'exercice d'un jugement en situation.

La seconde difficulté que nous avions identifiée concernait le contrôle des réactions spontanées que peuvent avoir les soignantes lorsque confrontées à des situations pudiques, qui sont souvent des situations complexes impliquant un ensemble d'affects difficiles à maîtriser (gêne, embarras, voire dégoût). Bien que cette maîtrise ne soit pas du tout évidente pour les soignantes, son absence risque fortement de blesser la pudeur des personnes à l'origine de ces affects complexes. Or, inviter les soignantes à développer la vertu de pudeur impliquerait de recommander un travail sur soi-même qui n'accompagne pas nécessairement l'apprentissage d'un principe. L'apprentissage d'une disposition met l'accent sur le développement d'une manière d'être et d'une manière de soigner, plus que sur la résolution de dilemmes moraux. Il ne s'agit pas de faire disparaître les affects de la soignante face à l'exposition de la souillure ou de la nudité des corps, mais de développer une disposition qui puisse l'orienter dans le développement d'une attitude qui saura composer avec celles-ci. Il ne s'agira pas d'exiger de la soignante d'ignorer complètement ses sentiments lorsqu'elle rencontrera des situations délicates, mais de lui permettre aussi de ne pas être complètement prisonnière de ceux-ci, afin que ses réactions spontanées soient guidées par l'importance de préserver l'intégrité morale de la personne soignée. Comme vertu, la pudeur exige non seulement la réflexion et le jugement, mais également un apprentissage, le développement d'habitudes ou savoir-être. Michon et Varakine, dans leur étude portant sur l'appréhension des étudiantes vis-à-vis de la pudeur des patients dans les soins qu'elles auront à donner, indiquent qu'elles invitent leurs étudiantes à réfléchir sur les émotions ressenties pendant les premiers soins pudiques effectués lors de leurs stages (8). Ces exercices permettent aux étudiantes d'identifier les affects qui interviennent dans des situations pudiques, mais également des moyens de les gérer pour conserver une pratique respectueuse. Ils pourraient être appliqués dans l'objectif d'une formation visant le développement d'une manière de soigner qui viserait le « juste milieu » de la vertu de pudeur, c'est-à-dire qui éviterait à la fois l'obscénité et la pudibonderie. La recherche de la vertu ne vise pas la disparition de toute forme de malaise, mais un plus grand respect de l'intégrité des personnes.

Ensuite, penser la pudeur comme une vertu impliquerait de laisser plus d'autonomie aux soignantes, et donc de leur imposer moins de règles institutionnelles pour assurer le respect de la pudeur des patients, règles qui comme nous l'avons vu risquent d'être contre-productives. En effet, l'objectif de l'éthique des vertus est de permettre aux agents moraux de développer une sagesse pratique (*moral wisdom*), qui selon Alan Armstrong, pourra se déployer de trois façons dans la pratique des soins de santé : par une perception perspicace des éléments moralement pertinents dans le contexte d'une situation ou d'une interaction, par une sensibilité morale aux sentiments et besoins de l'autre, et par une imagination morale qui permettra aux soignantes de réfléchir sur le rôle qu'elles jouent et la place qu'elles occupent aux côtés des patients (45). Ainsi, l'éthique des

[11] On trouve un exemple de cette indifférence du patient face à l'exposition de son corps nu dans *Une mort très douce* de Simone de Beauvoir, où elle relate la mort sa mère, provoquée par un cancer foudroyant. Lors d'une séance de kinésiologie, la chemise de la patiente se relève, laissant son sexe découvert. Beauvoir constate que sa mère, pourtant élevée dans de strictes mœurs bourgeoises, n'est pas affectée par cette exposition : « Je n'ai plus aucune pudeur », déclare-t-elle (31).

vertus encourage les agents moraux à décider par eux-mêmes des actes à poser, elle leur laisse une autonomie et cherche à développer chez eux un esprit critique plutôt que d'encadrer toutes leurs actions par des principes éventuellement contradictoires. Dans le cas de la vertu de pudeur, l'éthique des vertus nous encouragerait à reconnaître les soignantes comme des agents moraux en position pour juger les circonstances de la situation délicate à travers laquelle elles doivent naviguer, mais aussi à faire une place aux personnes soignées, à l'expression de leurs malaises, de leurs désirs et de leur volonté, aux diverses manières qu'elles trouvent elles-mêmes pour protéger leur dignité et la pudeur de la soignantes : humour, courtoisie, diversion, etc. Les institutions d'enseignement et de soins doivent cependant accorder aux soignantes les moyens intellectuels et organisationnels pour développer cette autonomie et exercer leur jugement[12].

Finalement, la vertu de pudeur s'exercera non seulement au cours des soins, mais aussi dans la manière d'en parler, notamment entre collègues soignants. Prairat, en proposant aux enseignants de pratiquer la vertu de tact, sait qu'il propose une vertu pour un métier principalement basé sur la conversation entre un enseignant et ses élèves. Selon lui, en effet, le langage ne sert pas uniquement à véhiculer de l'information, mais également à maintenir des liens sociaux, par conséquent, notre responsabilité morale n'est pas uniquement de transmettre la vérité dans nos interactions, mais également de ménager nos interlocuteurs (46). Cette recommandation vaut aussi pour les conversations à propos de situations délicates dans le milieu médical, que ce soit celles que les soignantes auront avec leurs patients et patientes ou entre elles. Pour la respecter, les soignantes pourront songer à mobiliser des euphémismes ou des descriptions plus transparentes afin d'éviter à la fois l'obscénité et la pudibonderie, en s'adaptant encore une fois au contexte de leur interaction.

Nous avons remarqué que plusieurs difficultés dans la gestion des manifestations de la pudeur étaient générées par des pressions des institutions médicales. Il est donc évident que nous appelons aussi à des changements structurels qui diminueraient les pressions sur les soignantes et les personnes soignées et qui rendraient les milieux de soins plus propices aux réflexions morales. Cultiver la vertu de pudeur chez les soignantes ne se fera pas sans leur donner les ressources matérielles et le temps nécessaire pour accomplir les gestes nécessaires à la préservation de la pudeur des patients et patientes (7), et sans diminuer la pression exercée sur elles par la surveillance de leurs collègues, que nous avons décrite dans la partie précédente (33). En outre, pour réellement résoudre la difficulté de parler de la pudeur, il faudra donner aux soignantes le temps et le lieu de discuter des situations délicates auxquelles ils doivent faire face quotidiennement. Si le jugement et la prudence reposent en partie sur une délibération personnelle et intérieure, ils doivent aussi pouvoir s'exercer, se développer et se déployer dans le dialogue et la discussion, en donnant aux soignantes la possibilité d'en parler et d'échanger.

Nous espérons ainsi avoir montré l'intérêt de penser une vertu de pudeur pour répondre aux importantes problématiques qui accompagnent les situations très délicates pouvant surgir dans les soins de longue durée. Nous suggérons que les formations des soignantes intègrent l'apprentissage des habitudes qui permettront l'exercice de la vertu de pudeur, mais aussi de transformer les institutions de soins pour qu'elles permettent pleinement sa pratique. Ces formations sont d'autant plus importantes que les soignantes les plus directement touchées par la pudeur sont celles les moins formées, qui disposent de la moins grande autonomie et dont le travail est le moins reconnu et valorisé[13].

CONCLUSION

Après avoir décrit les soins de longue durée comme des soins caractérisés par une intrusion considérable dans l'intimité des personnes soignées, nous avons souligné l'importance pour l'éthique des soins de se pencher sur la notion de pudeur, et sur les enjeux qui y sont liés. Nous avons proposé une double définition de la pudeur, en la présentant à la fois comme un sentiment, ressenti par les personnes soignées et les soignantes, et comme un comportement de maîtrise de soi pour limiter ou atténuer ces atteintes dans le contexte des soins. Nous avons finalement présenté diverses tensions qui naissent au sein des manifestations de la pudeur dans le milieu des soins. Au travers de ce parcours, nous espérons avoir montré que la pudeur est porteuse d'une visée morale, à laquelle nous sommes invités par la pudeur-sentiment et que nous pouvons suivre en adoptant la pudeur-comportement. Finalement, nous avons souligné la nécessité de nous éloigner de l'éthique des principes, actuellement dominante en bioéthique, pour penser le comportement pudique. Nous suggérons de plutôt penser la pudeur comme une vertu, qui disposerait les soignantes à viser dans leur pratique quotidienne un juste milieu entre obscénité et pudibonderie.

Nous espérons par notre démarche inspirer d'autres recherches sur la notion de pudeur, sur ses manifestations dans les soins et sur les manières d'outiller les soignantes pour naviguer les situations délicates, traversées de tensions éthiques, qu'elle fait surgir.

---

[12] On notera les convergences entre l'éthique des vertus et l'éthique du care sur laquelle de nombreux auteurs aujourd'hui s'appuient pour penser l'éthique des soins. Toutes les deux visent un certain perfectionnement dans l'acceptation de ses limites ou de sa finitude. Elles enseignent l'exercice de son jugement en situation plutôt que le respect de règles. Elles permettent toutes deux de prendre en considération la dépendance et les inégalités dans les relations de soins. Nous avons préféré nous appuyer sur les éthiques de la vertu parce qu'elles visent un juste milieu, ce qui est concordant avec la définition de la pudeur, et qu'elles permettent de faire des recommandations plus précises aux praticiennes du soin quant aux dispositions à adopter.

[13] Notre article était pratiquement achevé lorsque nous avons pris connaissance de celui de P. Saltel (47), qui propose également de traiter la pudeur comme vertu et dans une perspective proche de la nôtre. Nous nous réjouissons de la convergence.

Reçu/Received: 22/08/2022 **Publié/Published:** 06/04/2023

Remerciements
Nous souhaitons remercier Mmes Annick Anchisi et Dominique Lepage, qui ont lu une première version de cet article, et dont les commentaires nous ont permis d'améliorer l'argumentation. Nous remercions également le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour l'aide financière qu'il nous a accordée.

Acknowledgements
We would like to thank Annick Anchisi and Dominique Lepage, who read a first draft of this article and whose comments helped us to improve the argumentation. We would also like to thank the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada for its financial support.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Marie-Alexandra Gagné & Aliya Affdal
Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Philippe Saltel & Bernard Roy
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. Guberman N., Lavoie JP., Blein L. et Olazabal I. Baby boom caregivers: care in the age of individualization. The Gerontologist. 2012;52(2):210-18.
2. Anchisi A. De parent à résidant : le passage en maison de retraite médicalisée | Cairn.info. Retraite et société. 2008;53(1):167-82.
3. Delomel MA. La toilette dévoilée : analyse d'une réalité et perspectives soignantes. Paris: Seli Arslan; 2004.
4. Gagnon E. Les signes du monde : une ethnographie des centres d'hébergement. Montréal: Liber; 2021.
5. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. [Traduit de l'anglais par Alain Kihm] Paris: les Éditions de minuit; 1973.
6. Aubry F, Couturier Y, Lemay F, éditeurs. Les organisations de soins de longue durée. Points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2020.
7. Nuss M. Handicap, perte d'autonomie : Oser accompagner avec empathie. Paris: Dunod; 2016.
8. Michon F, Varakine J. Réflexion avec les étudiants en soins infirmiers autour de la pudeur et de l'intimité chez la personne âgée. Soins et gérontologie. 2009;14(78):36-37.
9. Arborio AM. Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital. Paris: Anthropos; 2001.
10. Anchisi A. Au fil des corps, apprendre de l'expérience. Parcours d'une infirmière sociologue. Nouvelles Questions Féministes. 2022;41(1):122-34.
11. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Le vieillissement au Québec : portrait démographique. Québec/Montréal: INSPQ; 2010.
12. Maroudy D. De la pudeur à l'hôpital. Soins. 2018;63(826):1.
13. Le Breton D. La pudeur à l'hôpital et dans les soins. Soins. 2018;63(831):32-35.
14. Michon, F. Intimité, pudeur et respect des personnes. Soins. 2018;63(831):31.
15. Saltel P, Gabelle P. La question de la pudeur dans les relations de soin. Éthique et Santé. 2021;18(1):40-44.
16. St-Arnaud, Jocelyne, L'éthique de la santé : pour une éthique intégrée dans les pratiques infirmières, 2ème édition. Montréal: Chenelière Éducation; 2019.
17. Husted, Gladys L, et. al., Bioethical Decision Making in Nursing. Springer; 2015.
18. Blondeau D. Éthique et soins infirmiers. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2013.
19. Fry S, Veatch R, Taylor C. Case Studies in Nursing Ethics. Jones and Barlett Learning; 2011.
20. Johnstone M-J. Bioethics: A Nursing Perspective. Elsevier; 2009.
21. Agich G. Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for long-Term Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
22. Baroin C, Cooper BT. La honte au Sahel : pudeur, respect, morale quotidienne. Paris: Sépia; 2018.
23. Abu-Lughod L. Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society. Berkeley: University of California Press; 1999.
24. Roberts KS. Providing culturally sensitive care to the childbearing Islamic family. Advances in Neonatal Care. 2002;2(4):222-28.

25. Lawrence P, Rozmus C. Culturally sensitive care of the Muslim patient. Journal of Transcultural Nursing. 2001;12(3): 228-33.
26. Saherwala Z, Bashir S, Gainer D. Providing culturally competent mental health care for Muslim women. Innovations in Clinical Neuroscience. 2021;18(4-6): 33-39.
27. Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Paris: Le Robert; 1992.
28. Fiat E. Pudeur et intimité. Gérontologie et Société. 2007;30(3);23-40.
29. Habib C. La pudeur : la réserve et le trouble. Paris: Autrement; 1992.
30. Bologne JC. Histoire de la pudeur. Paris: Hachette littérature; 1986.
31. Elias N. La civilisation des mœurs. [Traduit de l'allemand par Pierre Kamnitzer] Paris: Calmann-Lévy; 2002.
32. Brancher D. Équivoques de la pudeur : fabrique d'une passion à la Renaissance. Genève: Librairie Droz; 2015.
33. Dubois F, Lebeer G. Se gouverner : la hiérarchie interne des aides-soignantes gériatriques. Dans: Annick A, Gagnon E, éditeurs. Aides-soignantes et autres funambules du soin : entre nécessités et arts de faire. Québec: Presses de l'Université Laval; 2017. p.33-47.
34. Clément M, Gagnon E. Le comité d'éthique, la vie privée et l'intimité : Interpréter les droits des usagers. Les ateliers de l'éthique/The Ethics Forum. 2013;8(1):70-90.
35. Anchisi A. Vieillir au couvent, de l'habit au linge : Fil de trame et fil de chaîne. Ethnographiques. 2017;35:1-28.
36. Beauvoir S. Une mort très douce. Paris: Gallimard; 1964.
37. Douglas M. *De la souillure*. Paris: La Découverte; 2005 [1966].
38. Flynn J. Theory and bioethics. Dans : Zalta EN, éditeur. The Stanford Encyclopedia of Philosophy; 2021.
39. Vanlaere L, Gastman C. Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. Nursing Ethics. 2007;14(6):758-765.
40. Childress, J. A Principle-based approach. Dans : Khuse H, Peter S, éditeurs. A Companion to Bioethics. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009. p.65-76.
41. Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1995;5(3):253-277.
42. Annas J. Virtue ethics. Dans : Copp D, éditeur. The Oxford Handbook of Ethical Theory. New York: Oxford University Press; 2006. p.515-36.
43. Oakley, J. A virtue ethics approach. Dans : Khuse H, Singer P, éditeurs. A Companion to Bioethics. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009. p.91-104.
44. Aristote. Éthique à Nicomaque. [Traduction Tricot J] Éditions Les Échos du Maquis; 2014.
45. Armstrong A. E. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nursing Philosophy. 2006;7(3):110-24.
46. Prairat E. Éduquer avec tact : vertu et compétence de l'enseignant. Paris: ESF-sciences humaines; 2017.
47. Saltel, P. Les vertus de l'intimité dans la relation de soin : pudeur, chasteté, modestie. Revue française d'éthique appliquée. 2020; 9:106-16.